

GE_GERICHTE A/1749/2013 vom 19. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1749_2013

FR: GE_GERICHTE A/1749/2013 du 19 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/1749/2013 del 19 dicembre 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.12.2013
A/1749/2013

A/1749/2013 ATAS/1283/2013 du 19.12.2013 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1749/2013
ATAS/1283/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19
décembre 2013 3ème Chambre En la cause Madame S _____, domiciliée à GENEVE
recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame S _____
(ci-après l'assurée), née en 1961, est arrivée en Suisse en 1985 et a travaillé de 1987 à 1992
dans un restaurant d'entreprise, avant d'être mise en arrêt de travail durant un an et demi en
raison de lombalgies apparues suite à son troisième accouchement, en février 1992.
L'assurée s'est ensuite annoncée à l'assurance-chômage qui lui a proposé une
occupation temporaire dans établissement médico-social (EMS) en tant qu'aide-soignante.
Quelques jours après son entrée en fonction, l'assurée a été victime, le 18 janvier 1998,
d'un accident qui a eu pour conséquences d'augmenter encore ses douleurs dorsales (elle
est tombée alors qu'elle soulevait une vieille dame). 2. En décembre 2005, l'assurée a
déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI), demande dans laquelle elle a notamment
indiqué être femme au foyer depuis 1992. 3. Par décision du 28 mai 2008,
l'OAI a rejeté sa demande au motif que selon l'enquête économique sur le ménage
effectuée, l'état de santé de l'assurée, s'il la limitait effectivement durablement dans
l'accomplissement de ses travaux habituels, ne le faisait qu'à hauteur de 17%, ce qui
conduisait à un degré d'invalidité du même ordre, n'ouvrant pas droit à des prestations.
Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de
recueillir, notamment, les éléments suivants : - un courrier rédigé le 21 septembre
1992 par le Dr A _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, dont il ressort que
l'assurée lui a été adressée pour des douleurs lombaires invalidantes apparues suite à son
accouchement, en février 1992, en raison desquelles elle n'a pu reprendre son travail ; selon
l'anamnèse, l'assurée avait déjà souffert de lombalgies épisodiques par le passé ; son mari
la décrivait comme fortement dépressive, pleurant beaucoup et dormant très mal ; à
l'examen clinique, le Dr A _____ a constaté une hyperlordose lombaire, un syndrome
lombaire modéré et un status neurologique normal ; les radiographies lombaires ont
confirmé une forte accentuation de la lordose ; le CT-scan lombaire s'est révélé normal ; le
médecin a conclu qu'il n'y avait aucune sanction chirurgicale à proposer ; il a conseillé à
l'assurée de perdre du poids et d'essayer d'améliorer la statique lombaire par des exercices
de correction posturale et de renforcement de la sangle musculaire abdominale et de la
musculature lombo-pelvienne en général ; - un rapport rédigé le 6 mars
2006 par la Dresse B _____, de la Permanence de Vermont-Grand-Pré, retenant les

diagnostics suivants : dorso-lombo-sciatalgies bilatérales et état dépressif avec probable psycho-somatisation apparus une vingtaine d'années plus tôt, migraines depuis 2004 et surcharge pondérale ; ont également été mentionnées, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hypothyroïdie substituée, une gastrite et une hypercholestérolémie ; la Dresse B_____ a conclu à une incapacité totale à exercer l'activité d'aide-soignante depuis 1995 environ et a précisé que l'état de santé de la patiente s'aggravait et qu'aucune autre activité ne pouvait être exigée de sa part, car le contexte psychosocial ne permettait pas d'envisager une réinsertion ; les douleurs empêchaient les actes de la vie quotidienne (ménage, courses, etc.) et les problèmes linguistiques rendaient un apprentissage très ardu, d'autant que la patiente n'était absolument pas motivée pour cela ;

- un rapport ultérieur de la Dresse B_____ indiquant qu'un CT-scan thoraco-lombaire n'avait montré ni signe de compression radiculaire, ni hernie discale, que l'état psychique de sa patiente avait été évalué par l'équipe multidisciplinaire de la Consultation de la douleur et qu'une thérapie cognitivo-comportementale avait été envisagée, qui était cependant limitée par les difficultés de compréhension et d'expression de la patiente ; le médecin a décrit cette dernière comme une mère de famille sortant très peu de chez elle, rencontrant de grandes difficultés de socialisation dues, d'une part, à son caractère renfermé et négatif, d'autre part, à ses problèmes linguistiques ; de nombreux essais de thérapie manuelle, alternative ou psychiatrique avaient débouché sur un échec.

- un rapport d'expertise du Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ainsi qu'en médecine psychosociale et psychosomatique, rédigé le 20 septembre 2007, sur la base d'un concilium auprès du Dr A_____, d'une expertise du Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne (qui avait vu l'assurée en date du 5 octobre 1992), des différents rapports versés au dossier et d'un examen de l'assurée ; l'expert s'est livré à une anamnèse détaillée ; s'agissant des tâches ménagères, il a rapporté que la patiente affirmait s'occuper quotidiennement de la vaisselle, récurer le sol une fois par semaine, mais qu'elle avait dû confier l'aspirateur à son conjoint et le repassage à sa fille ; en revanche, elle faisait la lessive elle-même, bien qu'elle doive s'asseoir pour ranger le linge dans la machine, et étendait le linge à l'extérieur ; elle avait en revanche cessé de s'occuper du nettoyage des vitres ; sur le plan rhumatologique, le Dr C_____ a indiqué que l'examen clinique ne lui avait pas permis de retenir le diagnostic de syndrome fibromyalgique ; au niveau cervical, il a constaté une musculature des trapèzes contractée et un syndrome cervical du côté gauche ; l'expert a retenu les diagnostics suivants : cervicalgies sur troubles dégénératifs importants, dorso-lombalgies persistantes sur troubles statiques, hyperlordose lombaire naissante avec arthrose inter-apophysaire pluri-étagée, lombalgies basses sur sclérose des deux sacro-iliaques - étant précisé qu'une spondylarthrite ne pouvait être exclue -, syndrome du tunnel carpien gauche, trouble dépressif récurrent épisode moyen et hypercholestérolémie ; l'expert a précisé que la patiente était affectée de dorso-lombalgies depuis l'âge de 22 ans et que ces douleurs s'étaient aggravées suite à son troisième accouchement, en février 1992 ; il a rappelé que le Dr A_____, en septembre 2002, avait mis en évidence une hyperlordose lombaire et un syndrome vertébral lombaire modéré ; par la suite, les algies avaient évolué sous un mode chronique ; eu égard au trouble dépressif récurrent et aux lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, l'expert a évalué le degré d'invalidité à 40% au moins en raison des limitations fonctionnelles dues aux cervicalgies et lombalgies basses, auxquelles il a rappelé que s'ajoutaient des céphalées de type migraineuses, une hypothyroïdie et une gastrite chronique sur anti-inflammatoires ; en définitive, l'expert a conclu à une capacité de travail

de 40% dans une profession légère, n'impliquant pas le port de charges, tout en précisant qu'il était plus difficile de se prononcer sur les limitations entraînées par l'état dépressif ; le Dr C_____ a cependant émis l'avis qu'avec une perte pondérale, une tonification de la musculature abdominale et du rachis lombaire et une augmentation des antalgiques, l'assurée pourrait atteindre un taux d'activité plus élevé que les 40% auxquels il avait conclu ;

!endif]>![if> - dans un courrier du 15 novembre 2007, le Dr C_____ a expliqué que la capacité de travail de l'assurée ne dépassait pas 40%, même dans une profession plus légère, en raison des cervicalgies sur troubles dégénératifs importants, associées à une hyperlordose lombaire, avec une arthrose inter-apophysaire postérieure, se doublant de lombalgies basses, sur une sclérose des deux sacro-iliaques, étant précisé qu'une spondylarthrite séronégative ne pouvait être exclue et que s'y ajoutait un trouble dépressif récurrent, épisode moyen ;

!endif]>![if> - l'avis émis le 14 janvier 2008, par le Dr E_____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), déplorant la confusion faite par l'expert entre octroi d'un quart de rente et évaluation de la capacité de travail et relevant par ailleurs que selon l'examen du Dr A_____ de septembre 2002 (recte : 1992), le syndrome lombaire était modéré, que la situation était restée chronique depuis lors et qu'il y avait très peu de signes cliniques objectifs, puisque le Dr C_____ avait indiqué qu'il n'y avait pas de syndrome vertébral lombaire en position érigée ; le Dr E_____ a admis que le syndrome algique cervical paraissait plus prononcé, puisque la radiographie montrait une arthrose importante, mais il a souligné l'absence de limitation notable de la mobilité ; il a estimé que l'argumentation de l'expert pour conclure à une limitation de la capacité de travail à 40% seulement n'était pas convaincante, si l'on se basait sur les limitations fonctionnelles objectives du rachis, seul élément relevant de l'AI en principe ; en raison de l'atteinte dégénérative du rachis, le Dr E_____ a jugé que l'on pouvait admettre une diminution de la capacité de travail de 40% au plus dans un poste ne sollicitant pas exagérément la colonne cervicale ;

!endif]>![if> - une enquête économique sur le ménage effectuée le 12 février 2008 mentionnant que l'assurée avait assez bien compris les questions qui lui étaient posées, qu'elle y avait répondu et que son mari était présent pour donner certaines précisions ; selon le rapport d'enquête, l'assurée avait cessé son activité lucrative à la naissance de sa fille, en 1992 ; le revenu de son mari, qualifié de difficile à évaluer, a été évalué à 30'000-40'000 fr. par année, les charges à 31'476 fr. (19'308 [loyer] + 4'992 [primes d'assurance-maladie pour l'assurée] + 4'752 [primes d'assurance-maladie pour son époux] + 2'424 [primes d'assurance-maladie des enfants]) ; il a été précisé qu'une fois par semaine, l'assurée accompagnait son mari à l'épicerie où il travaille pour progresser en français et maintenir des contacts ; l'enquête a conclu à un degré d'empêchement de 16.6% ; l'enquêtrice a brièvement motivé que, malgré les dires de l'assurée, son statut devait être qualifié de 100% ménagère, puisqu'en 1992, après la naissance de sa fille, ses deux enfants aînés étaient venus la rejoindre en Suisse et qu'elle s'était alors consacrée à l'éducation de ses enfants ; les empêchements dans la sphère ménagère ont été qualifiés de modérés, seuls les travaux physiques lourds étant difficiles à réaliser ; a été pris en compte le fait que les enfants pouvaient aider leur mère, alors que son mari - qui travaillait tard le soir - ne pouvait le faire qu'à hauteur de 20%.

!endif]>![if> 4. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a statué en date du 22 mai 2009 (ATAS/648/2009). Le TCAS a considéré que pleine valeur probante ne pouvait être reconnue au rapport du Dr C_____, lequel n'avait guère motivé ses conclusions en faveur d'une capacité de travail de 40% et n'avait pas non plus expliqué de manière suffisamment précise les

interactions entre les différentes pathologies et les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches. Qui plus est le Dr C _____ semblait faire la confusion entre degré d'invalidité et de capacité de travail. Enfin, il évoquait un trouble dépressif récurrent épisode moyen qu'il n'était pas véritablement.![endif]>![if> Constatant que l'état dépressif évoqué tant par le Dr C _____ que par la Dresse B _____ n'avait fait l'objet d'aucune investigation par un spécialiste, le Tribunal cantonal a estimé qu'il convenait de soumettre l'assurée à une nouvelle expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer clairement quelles étaient ses atteintes à la santé et, surtout, leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail. Le TCAS a également estimé qu'il ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour se déterminer quant au statut à reconnaître à l'assurée. A cet égard, le Tribunal a relevé que si l'assurée n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis plusieurs années, elle avait cependant travaillé auparavant durant une longue période, de 1987 à 1992, sans que l'on sache à quel taux d'occupation ; il ressortait par ailleurs clairement de plusieurs rapports médicaux, en particulier de celui du Dr F _____, que l'assurée avait cessé son activité principalement pour des raisons de santé et non par convenance personnelle ; certes, elle avait indiqué dans sa demande de prestations être femme au foyer mais on ne pouvait en tirer de conclusions péremptoires, dans la mesure où elle maîtrisait mal la langue française et où l'ensemble des circonstances donnait à penser qu'elle entendait sans doute indiquer par là qu'elle n'exerçait plus d'activité lucrative de facto. Enfin, le Tribunal a encore relevé que l'assurée s'était annoncée à l'assurance-chômage qui l'avait donc considérée comme apte au placement et qu'elle avait ainsi démontré la volonté de retrouver un poste, sans que l'on sache quel statut lui avait reconnu l'assurance-chômage et à quel taux d'occupation l'assurée avait recherché un emploi. Le Tribunal a ajouté que le fait que l'assurée soit mère de quatre enfants ne suffisait pas non plus à tirer la conclusion qu'elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative si elle avait été en bonne santé puisqu'en 2005, ses enfants étaient âgés de respectivement 21 ans, 13 ans et 6 ans. Au contraire, le fait que les ressources du couple soient limitées plaide pour la thèse défendue par l'assurée, à savoir qu'elle aurait travaillé si son état le lui avait permis. En conséquence, le Tribunal a admis partiellement le recours en ce sens qu'il a annulé la décision du 28 mai 2008 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 5. L'assurée a été adressée au Centre d'observations médicales de l'assurance-invalidité (COMAI), plus particulièrement aux Dr G _____, spécialiste FMH en rhumatologie et H _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. ![endif]>![if> Sur le plan psychique, l'expert a expliqué n'avoir pu retenir le diagnostic d'épisode dépressif selon la CIM-10 : si l'assurée souffrait d'une dépression chronique de l'humeur, sa sévérité était insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif léger ou moyen. A cet égard, il a été relevé que l'assurée elle-même décrivait des périodes de quelques jours, voire quelques semaines, pendant lesquelles elle se sentait relativement bien et capable d'entreprendre, par exemple, des séjours à l'étranger, même si, la plupart du temps, elle se sent fatiguée et déprimée. Finalement, l'expert n'a retenu qu'un diagnostic de dysthymie, précisant que s'il était possible que l'état de l'assurée ait répondu transitoirement aux critères d'un épisode dépressif léger ou moyen - comme retenu lors du concilium d'antalgie en février 2005 puis repris par le Dr C _____ en septembre 2007 -, ces épisodes n'avaient jamais empêché l'assurée de mener une vie sociale active et de soutenir même son mari dans son commerce régulièrement une fois par semaine depuis avril 2007, au motif que le contact avec la clientèle lui faisait du bien. Sur le plan psychique, aucune maladie incapacitante de longue

durée n'a été retenue et la capacité de travail a été évaluée à 100% ; il y avait pu y avoir, tout au plus des incapacités de travail partielles et limitées à quelques semaines pour de possibles épisodes dépressifs moyens (au maximum), lesquels sont toujours restés transitoires. Sur le plan rhumatologique, au vu des douleurs lombaires de type inflammatoire et des signes de sacroiliite à l'IRM, le diagnostic considéré comme le plus probable a été celui d'une spondylarthropathie. Il a été préconisé, d'un point de vue thérapeutique, une prise en charge par un rhumatologue. Il a été relevé qu'en raison de ce rhumatisme inflammatoire touchant le rachis, l'assurée était limitée dans les travaux lourds, le port de charges, les positions debout ou assise prolongées et qu'elle ne pouvait donc plus exercer une activité de type aide de cuisine ou aide-ménagère. En revanche, dans une activité plus légère, sa capacité de travail était de 50% (pour tenir compte du fait qu'elle ne pouvait rester longtemps debout ou assise), étant précisé que si l'assurée était traitée correctement pour cette pathologie, on pourrait s'attendre, dans un laps de temps de six mois, à ce qu'une activité légère soit possible à plein temps. 6. Le 11 mai 2010, la Dresse B_____ a établi un rapport concluant à des lombalgies avec irradiation dans les membres inférieurs, probablement sur spondylarthropathie, depuis vingt ans. Le médecin a également mentionné d'autres diagnostics, dont il a cependant précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. 7. L'assurée a été adressée à un rhumatologue, le Dr I_____, qui a rendu un rapport en date du 12 novembre 2010. Le Dr I_____ a retenu les diagnostics de rachialgie diffuse chronique avec douleurs des quatre membres depuis 1992 et de sacroiliite connue depuis 2009. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une dysthymie, une hypothyroïdie, une hypercholestérolémie et des migraines. Le médecin a relevé que, malgré un bilan paraclinique révélant une sacroiliite, une IRM lombaire pratiquée en 2010 n'avait pas montré de lésion inflammatoire au niveau du rachis qui permettrait d'expliquer les lombalgies. Il a rappelé qu'il existait également des douleurs plus diffuses au niveau des quatre membres, ce qui le rendait pessimiste quant au pronostic des douleurs, étant entendu qu'il y avait certainement d'autres éléments participant à celles-ci. Selon lui, l'anamnèse et le tableau clinique évoquaient en premier lieu des rachialgies diffuses dans un contexte de très probable fibromyalgie. Le Dr I_____ a conclu à une totale incapacité de travail depuis 1992 dans l'activité pratiquée auparavant. Il a retenu comme limitations fonctionnelles : le port de lourdes charges, les mouvements répétitifs du rachis et les positions statiques. 8. Dans un rapport intermédiaire du 15 juillet 2011, le Dr I_____ a précisé que l'état de santé de l'assurée était demeuré stationnaire et qu'aucun changement n'était intervenu dans les diagnostics. Il a conclu à une capacité de travail de 50% au moins dans une activité adaptée telle qu'un travail administratif. 9. L'OAI a alors adressé l'assurée au Dr J_____, spécialiste FMH en rhumatologie pour une expertise supplémentaire sur ce point. Ce médecin a rendu son rapport en date du 15 février 2012. Le Dr J_____ a relevé en premier lieu une importante discordance entre les plaintes douloureuses, le retentissement fonctionnel allégué et les constatations cliniques pathologiques constatées à l'examen clinique, qu'il a qualifiées de fort succinctes. Il a relevé que cela parlait clairement en faveur d'un syndrome d'amplification des symptômes. Le Dr J_____ a écarté le diagnostic de spondylarthrite ankylosante qui avait été évoqué en 2009, après une analyse soigneuse de l'IRM des articulations des sacro-iliaques réalisée alors : l'expert a noté qu'il n'y avait pas véritablement de douleurs inflammatoires puisque le repos n'était pas particulièrement algique, qu'il n'y avait ni arthrite ni enthésite,

ni uvéite, ni dactylite, ni psoriasis, ni maladie inflammatoire digestive. En conséquence, le diagnostic était plutôt celui de rachialgies aspécifiques chroniques dans un contexte de syndrome d'amplification des symptômes avec fibromyalgie, hypothèse dont il a relevé qu'elle avait d'ailleurs été évoquée par le Dr I _____ . Finalement, l'expert a retenu du point de vue somatique les limitations fonctionnelles suivantes : limitation dans la capacité de porter ou de soulever des charges de plus de 10 kg, nécessité de pouvoir alterner les positions debout et assise régulièrement toutes les 30 mn. S'il a jugé nulle la capacité à exercer une activité telle que celle déployée auparavant dans une cafétéria ou un EMS, l'expert a considéré que comme « ménagère », elle dépassait les 80% et que toutes les activités correspondant aux limitations fonctionnelles décrites (caissière dans une épicerie, par exemple) pourraient être exigées à un taux de 80%, en tenant compte d'une baisse de rendement liée aux légers troubles dégénératifs rachidiens. 10. Invité à répondre à un questionnaire concernant son statut, l'assurée a allégué que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à raison de 8 h./jour dans le secteur du ménage ou de la restauration mais a répondu par la négative à la question de savoir si elle avait entrepris des démarches concrètes pour une recherche d'emploi. 11. Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été effectuée le 15 octobre 2012. Il en ressort que l'assurée vivait désormais avec son époux et leurs trois plus jeunes enfants, encore en formation ou à l'école. Son époux était propriétaire d'une épicerie et l'assurée venait de temps en temps l'aider, à raison d'une demi-journée deux fois par mois en moyenne. L'assurée a répété qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. Son époux a précisé qu'il lui semblait plus probable qu'elle aurait travaillé à mi-temps, car elle devait également s'occuper des tâches ménagères et des enfants. L'enquêtrice a conclu à un taux d'incapacité de 2% dans la tenue du ménage. Elle a relevé que les empêchements étaient peu importants puisque si l'on se référait aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr J _____ , l'assurée était à même d'effectuer la plupart des tâches elle-même, en fractionnant son travail sur la semaine et en alternant les positions, d'autant que la charge de travail était moindre qu'en 2008 puisque les enfants avaient grandi et qu'âgés désormais de 28, 20 et 13 ans, ils pouvaient aisément participer aux tâches ménagères. L'aide exigible des membres de la famille a ainsi été fixée à 23,5%. L'enquêtrice a relevé que l'assurée s'était consacrée à son ménage et à ses enfants entre 1992 et 2005 et a finalement retenu un statut d'active à 9% pour tenir compte du fait que l'assurée ne travaille désormais plus qu'une demi-journée deux fois par mois pour son époux. 12. Par décision du 2 mai 2013, l'OAI a nié à l'assurée tout droit aux prestations. S'agissant du statut à lui reconnaître, l'OAI a relevé que, jusqu'en avril 2006, elle s'était consacrée à ses travaux habituels avant de collaborer à l'entreprise de son conjoint à un taux d'environ 10%, les 90 % restants correspondant à ses travaux habituels. Sur le plan médical, l'OAI a considéré que, malgré les limitations fonctionnelles retenues, l'assurée pouvait cependant exercer sans formation complémentaire toute activité adaptée à un taux de 80%, ce qui lui permettait de poursuivre la collaboration débutée en 2006 dans l'entreprise de son conjoint. Quant à l'empêchement dans la tenue du ménage, il n'était que de 2%. En conséquence, l'OAI a fixé le taux d'invalidité à 2% (0% de 10% dans la sphère professionnelle = 0 % + 2% de 90% dans la sphère ménagère). 13. Par écriture du 20 mai 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. En substance, elle conteste être capable de travailler. Elle allègue que si elle accompagne parfois son époux sur son lieu de travail, ce n'est pas dans le but de travailler mais surtout d'éviter de se retrouver seule à la maison à ne rien faire et de garder des contacts sociaux. Elle se contente de rester aux côtés de son mari et de lui donner

parfois un coup de main pour des tâches n'impliquant aucun effort physique. Lorsqu'elle ne se sent pas très bien, elle peut se reposer à l'arrière de la boutique. Elle ajoute que son mari n'a pas les moyens de l'engager en tant qu'employée au sein de son entreprise même s'il souhaiterait le faire. 14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 1^{er} juillet 2013, a conclu au rejet du recours. L'intimé se réfère au rapport d'expertise bidisciplinaire du 22 décembre 2009, lequel a conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, voire de 100% après traitement et à la seconde expertise rhumatologique, qui a conclu à une capacité de 80% dans une activité adaptée. L'intimé fait remarquer à toutes fins utiles que même si un statut d'active à 50% avait été reconnu à l'assurée, l'invalidité aurait également été de 2% dans la mesure où l'intéressée a conservé une capacité de travail de 80%. 15. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 29 août 2013. La recourante a confirmé les allégués développés dans son recours quant au fait qu'elle n'accompagne son mari sur son lieu de travail car rester à la maison la déprime, et ne fait, tout au plus, que tenir la caisse une heure durant. Vu l'état qui est le sien, elle ne voit quel employeur pourrait l'engager en-dehors de son mari.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. 3. La LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). La décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son statut et sur son degré d'invalidité. 5. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison

des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.![endif]>![if> Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. b) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53). c) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 477 consid. 6.3 p. 486 et les références; ATF 133 V 504 consid. 3.3. p. 507; voir également arrêt 9C_27/2012 du 13 décembre 2012 consid. 3, in SVR 2013 IV n° 18 p. 48; pour le cas des rentiers et des assurés qui ont pris une retraite anticipée, voir cependant arrêt 9C_9/2013 du 27 mars 2013 consid. 2.4 et la référence). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation familiale, sociale et professionnelle, de la situation financière du ménage, de l'éducation des enfants, de l'âge de l'assuré, de ses qualifications professionnelles, de sa formation ainsi que de ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il

faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références). 6. En l'espèce, l'intimé soutient que c'est un statut d'active à 10% seulement qui doit être reconnu à la recourante, soit le taux correspondant à sa présence dans le commerce de son époux, alors que la recourante allègue qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. Il est constant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 1998. Les ressources du couple sont limitées au point de vue financier (selon la première enquête ménagère, elles suffiraient tout juste à couvrir le loyer et les primes d'assurance-maladie de la famille). Dans sa demande de prestations, la recourante a indiqué être « femme au foyer ». Lors de la seconde enquête ménagère, en octobre 2012, elle a certes indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%, mais son mari, présent lors de l'entretien, a corrigé cette allégation en faisant remarquer qu'un taux de 50% serait plus probable, son épouse devant continuer à s'occuper du ménage et de leurs enfants. Eu égard à l'ensemble des circonstances, il apparaît vraisemblable que la recourante, en bonne santé, aurait exercé une activité lucrative. Un taux d'activité de 100% paraît cependant peu probable au vu de la position du père de famille, corroborée par la première allégation de l'intéressée dans sa demande de prestations, selon laquelle elle serait « femme au foyer ». Quant à savoir si son taux d'activité aurait été à 10% (comme retenu par l'intimé) ou de 50%, la question peut rester ouverte, eu égard au fait que même si un statut d'active à 50% était reconnu à la recourante, cela ne modifierait en rien son degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, ainsi que cela va être démontré dans les considérants suivants. 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). c) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre

parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 8. En l'espèce, tous les experts s'étant penchés sur la situation somatique de la recourante sont parvenus à la conclusion qu'elle disposait d'une capacité de 50% au moins (voire même 80% pour le Dr K_____) dans une activité adaptée. Ainsi, tant le Dr I_____ que le Dr G_____ ont estimé qu'une activité légère pouvait être exigée à 50%. !endif>!if> Il n'y a pas lieu de mettre en doute ces conclusions, convergentes et convaincantes, la recourante n'invoquant aucun élément médical objectif de nature à en faire douter, pas plus qu'il n'y a lieu de douter de l'absence de toute pathologie psychiatrique invalidante, l'expertise du Dr H_____ à cet égard n'étant, elle non plus, remise en question par aucun élément médical objectif. Il en découle que le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 0%, qu'un taux d'activité de 10 ou de 50% soit retenu. 9. Quant au taux d'invalidité dans la sphère ménagère, il a fait l'objet de deux évaluations successives. !endif>!if> La première, en février 2008, a conclu à un empêchement de l'ordre de 16,6%, la seconde, en octobre 2012, à un empêchement de 2%, compte tenu de l'aide grandissante apportée par les enfants et des conclusions des différents médecins quant aux limitations fonctionnelles de la recourante. Là encore, on constate que même en adoptant l'hypothèse la plus favorable à la recourante - à savoir un empêchement de 16,6% dans une sphère ménagère de 50% -, on n'obtient qu'un degré d'invalidité de 8,3%, insuffisant pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est donc rejeté.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. !endif>!if> Au fond : 2. Le rejette. !endif>!if> 3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. !endif>!if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le

présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.